

Ošetrovatelský proces u pacientky s vředovou chorobou gastroduodena

1 Identifikační údaje

Jméno a příjmení: M. P.	Pohlaví: žena
Datum narození: 2. 5. 1941	Věk: 71 let
Vzdělání: vyučena	Zaměstnání: starobní důchod
Stav: vdova	Státní příslušnost: česká
Datum přijetí: 19. 10. 2011	Typ přijetí: akutní
Oddělení: Chirurgická JIP	Individuální plán oš. péče: 19. 10. – 23. 10. 2013

Důvod přijetí udávaný pacientem:

Bolesti břicha – prudké zhoršení, neodcházející větry, nevolnost a zácpa

Medicínská diagnóza hlavní:

Pneumoperitoneum, perforace vředu duodena

Medicínské diagnózy vedlejší:

Hypertenze na medikaci, glaukom, osteoporóza s deformitami čtyř obratlů

Vitální funkce při přijetí

TK: 105/70 mmHg	Výška: 163 cm
P: 105 min.	Hmotnost: 70 kg
D: 15 min.	BMI: 26 (nadváha)
TT : 36,5 °C	Pohyblivost: chodítko
Stav vědomí: při vědomí, orientovaná místem, časem i osobou, GCS 15 bodů – plně při vědomí	Krevní skupina: B Rh +

2 Nynější onemocnění

Perforace vředu duodena, pneumoperitoneum

Informační zdroje:

Pacientka, pacientčina dcera, ošetrovatelská dokumentace, rodina, lékař

3 Anamnéza

Rodinná anamnéza:

Matka: zemřela v 60 letech na diabetické kóma

Otec: neví

Sourozence: nemá
Děti: dcera – zdravá

Osobní anamnéza:

Překonané a chronické onemocnění:

Hypertenze, glaukom, osteoporóza s deformitami čtyř obratlů

Hospitalizace a operace:

1999 - stav po operaci pravé endoprotézy kyčelního kloubu

2009 - stav po operaci levé endoprotézy kyčelního kloubu

Úrazy: žádné

Transfúze: při operaci endoprotézy kyčelního kloubu 2x

Očkování: běžná očkování v dětském věku

Léková anamnéza – chronická medikace:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Enap H	tablety		1-0-0-0	Antihypertenzivum
Detralex	tablety		2-0-0-0	Vazoprotektivum Venofarmakum
Timolol	kapky	0,25 %	2x denně do obou očí	Oftalmologikum Antiglaukomatikum

Alergologická anamnéza:

Léky: nemá

Potraviny: nemá

Chemické látky: nemá

Jiné:

Abúzy:

Alkohol: příležitostně

Kouření: ne

Káva: 1x denně

Léky: ne

Jiné drogy: ne

Gynekologická anamnéza:

Menarché: od 13 let

Cyklus: pravidelný

Trvání: 3–4 dny

Intenzita bolesti: mírná

PM: ne

UPT: ne

Antikoncepce: ne

Menopauza: v 51 letech

Potíže klimakteria: nemá

Samovyšetřování prsou: provádí

Poslední gynekologická prohlídka: před půl rokem

Sociální anamnéza:

Stav: vdova

Bytové podmínky:

bydlí s dcerou a vnučkou, v bytě 3+1 ve čtvrtém patře s výtahem

Vztahy, role, a interakce v rodině:

s dcerou a vnučkou vychází dobře, pacientka pomáhá dceři s domácími pracemi

Mimo rodiny: jednou týdně chodí domů kamarádka

Záliby: čtení, luštění křížovek, televize – telenovely

Volnočasové aktivity: starání se o vnučku

Pracovní anamnéza:

Vzdělání: vyučena – dámská krejčová

Pracovní zařazení: vedoucí krejčová

Čas působení, čas odchodu do důchodu, jakého: starobní důchod od roku 1997

Vztahy na pracovišti: nebyly problémy

Ekonomické podmínky: příjem pouze z důchodu, který je nízký

Spirituální anamnéza:

Religiózní praktiky: pacientka nevyznává žádné náboženství

4 Fyzikální vyšetření

Hlava

- normocefalická, poklepově nebolestivá, bez traumatických změn, příušní žlázy nezvětšené, kůže bez patologických projevů

Oči

- oční štěrbinu symetrické, oční víčka bez otoků, spojivky růžové, bez zánětu, sklery bílé, bulby ve středním postavení, volně pohyblivé

Uši, Nos

- symetrický, volně průchodný, bez sekrece

Uši

- bez výtoků a patologického nálezu, symetrické

Rty

- symetrické, prokrvené, bez cyanózy

Dásně, sliznice, dutiny ústní

- bez patrného zápachu, jazyk růžový, vlhký, bez povlaku, plazí ve střední čáře

Tonzily

- klidné bez známek zánětu, nezvětšené

Chrup

- vlastní, sanovaný, dásně nekrvácí

Krk

- souměrný, šíje volná, krční páteř pohyblivá, náplň krčních žil dostatečná, pulzace karotid přiměřená, lymfatické uzliny nehmatné, štítná žláza nezvětšená

Hrudník

- symetrický, bez deformit, bez patologických kožních lézí

Plíce

- povrchové dýchání, bez šelestů, poklep plný jasný

Srdce

- bez šelestu, akce pravidelná, hrot nehmatný

Břicho

- v celém rozsahu, břicho bolestivé, špatně prohmatné, napjaté, svalové stažení
- prknavité břicho, poklep v nadbřišku bubínkový, výrazně bolestivý, bolestivost při vyšetření per rektum vyklenutí Douglasova prostoru

Játra

- nepřesahují pravý oblouk žeberní

Slezina

- nehmatná, nezvětšená

Genitál

- bez patologie

Uzliny

- lymfatická uzlina v oblasti nad levou klíční kostí – je zvětšená, jinak bez patologie

Páteř

- bez viditelných deformit, zakřivení páteře fyziologické, hybnost ve všech segmentech odpovídá pohlaví a věku, palpačně a pokleповě obratlové trny nebolestivé

Klouby

- bez patologických změn

Čítí

- přiměřené, v normě

Periferní pulzace

- pulzace v tříslech oboustranná, v normě

Varixy

- bez přítomností varixů

Kůže

- růžová, dobře prokrvená

Otoky
- bez otoků

5 Utrídění informací podle modelu Virginie Henderson ze dne 19. 10. 2013

Asistence, pomoc při potřebě:	Objektivně:	Subjektivně:
1. Pomoc při dýchání	Frekvence: 15/min. Rytmus dýchání: pravidelné Dýchací šelesty, jaké: žádné Typ dýchání: <input checked="" type="checkbox"/> povrchní <input type="checkbox"/> stížené <input type="checkbox"/> Kussmaulovo <input type="checkbox"/> Biotovo <input type="checkbox"/> Cheyneovo-Stokesovo Kašel: bez kašle Sputum: x ne <input type="checkbox"/> ano Pomůcky na udržení polohy: výška lůžka optimální Informace o správném držení těla při stání, sezení a ležení: ano Emocionální stres: ne Příznaky narušené výměny plynů: ne Teplota prostředí, vlhkost vzduchu, zápach: bez problémů, vyhovující	Pacientka dýchá pravidelně a nestěžuje si na problémy s dýcháním. Měřicí technika: 0 Ošetrovatelský problém: 0
2. Přijímání jídla a pití	Chuť k jídlu: malá Dieta: nic per os Příjem množství potravy/24 hod.: ráno jeden rohlík s máslem, čaj Těžkosti s přijímáním: nechutenství Strava ovlivněná kulturními zvyky: ne Estetika podávání: nic neobvyklého Intravenózní výživa: ano Enterální výživa: <input checked="" type="checkbox"/> NG sonda <input type="checkbox"/> NJ sonda <input type="checkbox"/> PEG Časový rozvrh stravy v průběhu dne: nic per os Spolupráce s nutričním	Pacientka poslední týden trpí pocitem na zvracení a nechutenstvím, tekutin vypije kolem 1 litru za 24 hodin. Zavedenou nazogastrickou sondu přijímá. Vítá konzultaci s nutričním terapeutem. Nemá žádný úbytek na váze – BMI 26 (nadváha). Měřicí technika: 0 Nutriční screening – bez rizika, body mass

	<p>terapeutem: ano Zaveden centrální žilní katétr do: véna subclavia vpravo</p>	<p>index (26) Ošetrovatelský problém: pocit na zvracení, malá chuť k jídlu, malý příjem tekutin, zavedená nazogastrická sonda (dnes) a centrální žilní katétr (dnes)</p>
<p>3. Vylučování</p>	<p>Vyprazdňování tlustého střeva: <input type="checkbox"/> sám <input type="checkbox"/> s pomocí na WC x na lůžku</p> <p>Stolice: <input type="checkbox"/> pravidelná x nepravidelná x zácpa 1x/týden <input type="checkbox"/> průjem.....x/den</p> <p>Barva: černá x patologické příměsi, jaké: meléna</p> <p>Konzistence: <input type="checkbox"/> formovaná x tvrdá <input type="checkbox"/> měkká <input type="checkbox"/> polotuhá</p> <p>Používání pomocných prostředků k vyprazdňování: <input type="checkbox"/> sklenice teplé vody x laxativum <input type="checkbox"/> klyzma</p> <p>Vylučování moči: permanentní močový katétr (dnes) Odhad množství moči: 600ml/24hod. Bolest při močení: ne. x močový katétr, číslo 16 od 19. 10. 2013.</p> <p>Pocení: x přiměřené <input type="checkbox"/> nadměrné</p>	<p>Pacientka si stěžuje na obtížné vyprazdňování, trpí na zácpu. Stolice je černá. Má zavedený permanentní močový katétr. Je edukovaná o nutnosti chodit na podložní mísu.</p>

	<p><input type="checkbox"/> noční <input type="checkbox"/> nepotí se. Zápach: ne Soukromí a pohodlí v souladu s věkem: ano. Pacientka poučena o nutnosti chození na podložní mísu, kde je zajištěno maximální soukromí a dopomoc. Zvyky: žádné. Pokožka: x nadměrně suchá x riziko dekubitu</p>	<p>Měřicí technika: příjem a výdej tekutin, Nortonové škála - riziko vzniku dekubitů: 24 bodů (riziko).</p> <p>Ošetrovatelský problém: obtížné vyprazdňování, zavedený permanentní močový katétr (dnes).</p>
<p>4. Při pohybu a udržování žádoucího držení těla při chůzi a sezení, ležení, při změně polohy</p>	<p>Vhodná postel, matrace a povlečení: antidekubitní matrace, polohovací lůžko Stolička, křeslo: klid na lůžku Pomoc při neuromotorické nezávislosti. Pomůcky k manipulaci: chodítko Polohování pacienta: soběstačnost v rámci lůžka Výměna postelního prádla, jak často: každý den Spolupráce s fyzioterapeutem: ano Pacientka má zavedený Redonův drén do dutiny břišní</p>	<p>Pacientka má nařízený klid na lůžku, soběstačná v rámci lůžka, bandáže dolních končetin. Riziko vzniku dekubitů: 24 bodů (riziko) Riziko pádů: 20 bodů (bez rizika) Test základních všedních činností: 25 bodů (vysoce závislá) Měřicí technika: Nortonova stupnice (24 - riziko), Riziko pádu dle Morse (20 – bez rizika) Barthelové test základních všedních činností (25 – vysoce závislá) Ošetrovatelský problém: Obtížné vyprazdňování stolice, permanentní močový katétr (dnes), nařízený klid na lůžku, soběstačný</p>

		v rámci lůžka, jinak nesoběstačná (vysoce závislá), riziko vzniku dekubitů (riziko) obtížná chůze, Redonův drén (dnes)
5. Při odpočinku a spánku	<p>Spánek, odpočinek: <input checked="" type="checkbox"/> kvalitní spánek, mírná bolest <input type="checkbox"/> budí se, jak často 2x za noc <input type="checkbox"/> spí přes den, kolik hodin</p> <p>Zvyky při usínání: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano, jaké</p> <p>Po probuzení se cítí: <input checked="" type="checkbox"/> vyspalý <input type="checkbox"/> nevyspalý <input type="checkbox"/> jiné</p> <p>Léky-hypnotika: <input checked="" type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano</p> <p>Povlečení čisté, vyvětrané: ano Hygiena: zuby, umývání, vlasy: snímatelná protéza, celková hygiena na lůžku, nutná pomoc</p> <p>Pacientka udává bolest na stupnici: 3 (na 10 stupňové škále) Podávána analgetika</p>	<p>Pacientka spí bez obtíží, budí se dvakrát za noc. Léky na spaní neužívá. Před spaním jsou podána analgetika z důvodu mírné bolesti dle ordinace lékaře.</p> <p>Měřicí technika: vizuální analogová škála – VAS 3 (mírná) - na 10 stupňové analogové škále Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost při hygieně, bolest mírná</p>
6. Při výběru oblečení, oblékání a svlékání	<p>Pomoc při výběru vhodného oblečení. Nezávislost v těchto činnostech, fyzická síla: pacientka má naordinovaný klid na lůžku, leží na lůžku v nemocniční košili, která jí vyhovuje. Má u sebe vlastní osobní prádlo, to si chce nechat čisté ve stolku, na období až se bude moci hýbat.</p>	<p>Mám naordinovaný klid na lůžku, jsem rozhodnuta to zvládnout, pomoc personálu vítám.</p> <p>Měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: 0</p>
7. Při udržování tělesné teploty v rámci fyziologických hodnot	<p>Výběr oblečení: nemocniční košile Okolní prostředí: teplo Měření tělesné teploty teploměrem: fyziologické hodnoty 2x/24 hod, pacientka má teplotu 36,5 °C.</p>	<p>V pokoji mám teplo, nemám problémy s tělesnou teplotou</p> <p>Měřicí technika: 0 Ošetřovatelský</p>

		problém: 0
8. Při udržování čistoty, úpravy těla, ochrana pokožky	U pacientky je prováděna celková koupel na lůžku 1x denně a dle potřeby. Kůže je promazaná krémem a záda namazaná mentolovým krémem. U pacientky provádíme hygienu 1x denně na lůžku včetně vyčištění protézy.	Při hygieně se cítím nejistě, už abych byla schopna se umýt sama. Měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: nesoběstačnost při hygieně na lůžku
9. Při odstraňování rizik z okolí, ochrana před násilím, nákazou	Náboženské zvyky, kult, tabu: žádné Pacientka je uložena v lůžku s postranicemi proti pádu na vlastní vyžádání z důvodu bezpečnosti. Uložení léků: na sesterně Prevence akutních virových onemocnění: HDC, střevních: ano Používání ochranných jednorázových pomůcek: ano	Nemám žádné náboženské zvyky. Veškeré léky jsem předala při příjmu sestře, u sebe nemám žádné. Sestry jsou moc hodné a vstřícné. Měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: 0
10. Při komunikaci	Důvěra k pacientovi, rodině: komunikace probíhá bez problému Pacientka je plně při vědomí, komunikuje, spolupracuje, orientovaná: časem, místem, osobou. Glasgow coma scale (GCS): 15 bodů Slovní vyjádření obavy o svůj život	Ráda si povídám s pacientkami na pokoji, sestry i lékaři jsou tady hodní, všechno mi v klidu vysvětlí, všechno, co potřebuji vědět. Mám strach, co bude dál se životem. Měřicí technika: Glasgow coma scale (norma) Ošetřovatelský problém: obava o svůj život
11. Při vyznávání náboženské víry, přijímání dobra a zla	Pacientka nevyznává žádné náboženství, nemá zájem o pastoračního asistenta v rámci péče.	Jsem nevěřící a nemám o tyto služby zájem. Měřicí technika: 0 Ošetřovatelský problém: 0
12. Při práci a produktivní činnosti	Cvičení s fyzioterapeutem 2x denně. Dle zdravotního stavu postupná vertikalizace a chůze s chodítkem.	Souhlasím s návštěvou fyzioterapeuta,

	Má snahu spolupracovat, chce se rychle uzdravit a vrátit se domů. Pád nemá v anamnéze.	protože mám špatnou pohyblivost. Chodím v chodítku. Nikdy jsem neupadla. Měřicí technika:0 Ošetrovatelský problém: špatná pohyblivost, užívání chodítka
13. Při odpočinkových (rekreačních) aktivitách	Dle ordinace lékaře klid na lůžku. Pacientka má na pokoji televizi, kterou sleduje. Ráda popovídá se zdravotnickým personálem. Na návštěvu dochází hlavně dcera. Tělesná aktivita – chůze není možná, dle ordinace lékaře - zatím klid na lůžku.	Mám nařízený klid na lůžku lékařem a povolené návštěvy rodiny. Na pokoji mám televizi, na kterou koukám. Měřicí technika: 0 Ošetrovatelský problém: narušená soběstačnost
14. Při učení	Informace o prevenci onemocnění, léčbě, životosprávě, výchově, edukaci ke změně ve zdraví: předány sestrou při příjmu pacientky Lékař pacientku informoval o nutnosti chirurgického výkonu, souhlasila a podepsala souhlas s operačním výkonem. Má velkou snahu pomáhat s vlastní soběstačností. Snaží se obnovit svojí nezávislost co nejdříve.	Mám dost informací, pokud něco nevím tak se zeptám, všichni jsou tady velice vstřícní. Měřicí technika: 0 Ošetrovatelský problém: 0

6 Medicínský management

Ordinovaná vyšetření:

- biochemické vyšetření, krevní obraz, Sono břicha, CT břicha, RTG srce a plíce

Výsledky:

Biochemické a hematologické vyšetření:

Leukocyty $16,6 \cdot 10^9/l$ ($4-10 \cdot 10^9/l$)

Erytrocyty $3,7 \cdot 10^{12}/l$ ($3,9-6,1 \cdot 10^{12}/l$)

Trombocyty $361 \cdot 10^9/l$ ($140-400 \cdot 10^9/l$)

Hemoglobin 112 g/l ($120-160 \text{ g/l}$)

Hematokrit $0,43 \text{ abr.j.}$ ($0,35-0,47$)

Hemoglobin v ery. $0,35 \text{ abr.j.}$ ($0,28-0,33$)

Obsah hemoglobinu v ery. $30,5 \text{ pg/l ery}$ ($28-35 \text{ pg/l ery}$)

Urea $17,1 \text{ mmol/l}$ ($2-25 \text{ mmol/l}$)

Kreatinin 54,4 umol/l (55–115 mmol/l)
Albumin 30 g/l (32–45 g/l)
Na 142 mmol/l (120–160 mmol/l)
K 3,6 mmol/l (3,5–5,4 mmol/l)
Cl 126 mmol/l (85–125 mmol/l)
CRP 68,5 mg/l (0–15 mg/l)
INR 1,29 (0,8–1,2)

Sono břicha: Játra bez ložiskových změn, pankreas není přehledný, žlučové cesty nejsou rozšířené. Žlučník je tenkostěnný, ledviny obvyklé velikosti, tvaru i uložení. Slezina není vidět. Volná tekutina v dutině břišní není prokázána.

CT břicha: Zcela evidentní pneumoperitoneum, bubliny vzduchu i pod játry a v lůžku žlučníku. Místo perforace je nejspíše v oblasti duodena. Indikace k operačnímu řešení.

RTG srdce, plíce: v normě.

Konzervativní léčba:

Dieta: nic per os

Pohybový režim: klid na lůžku

RHB: dle stavu

Výživa: od 20. 10. – Nutriflex bazal 45 ml/hod

Medikamentózní léčba:

Per os: chronická medikace vysazena

Intravenózní:

Název léku	Forma	Síla	Dávkování	Skupina
Helicid 40	intravenózní	40 mg	1-1-1	antiulcerózum
Unasyn	intravenózní	1,5 g	po 8 hodinách	antibiotikum
Metronidazol	intravenózní	500 mg	po 6 hodinách	chemoterapeutikum
Novalgin	intravenózní	5 ml	1-0-1-0	analgetikum
Perfalgan	intravenózní	10 mg	po 6 hodinách	analgetikum
Degan	intravenózní	10 mg	po 6 hodinách	antiemetikum

Infúzní terapie:

Ringer 1/1 500 ml+20 ml KCl 7,45 %, rychlost 120 ml/hod

s. c.:

Fraxiparine 0,4 ml s. c. 1x denně

Jiné:

vysoké bandáže dolních končetin

Invaze:

CŽK vena subclavia vpravo (dnes zaveden)

NG sonda (dnes zavedena)

PMK č. 16 (dnes zaveden)

Chirurgická léčba:

Pacientka po akutní operaci (19. 10. 2013) perforace vředu duodena - sutura ulceris

7 Situační analýza

Situační analýza ze dne 19. 10. 2013

Pacientka přivezena rychlou záchrannou službou na chirurgickou ambulanci pro bolesti břicha, neodcházení plynů a nevolnosti. Byla provedena vyšetření: sono dutiny břišní, CT a diagnostikována perforace vředu duodena, pneumoperitoneum. Pacientka byla přijata na chirurgický JIP, kde bylo zahájeno předoperační vyšetření. Pacientka má zavedený centrální žilní katétr do vény subclavia, permanentní močový katétr a nazogastrickou sondu. Pacientka v domácím prostředí měla černou dehtovitou stolicí - melénu, pocit na zvracení, proto přijímala málo tekutin. Trpí mírnou nadváhou BMI je 26. Špatně chodí několik let, běžně používá chodítko, v anamnéze nemá pád (riziko vzniku pádu nemá). Dle ordinace lékaře je podávána farmakoterapie (antibiotika, antiemetika, analgetika), infuzní terapie a sledovány základní vitální funkce (TK, P, D, TT) monitorem. Pacientka si stěžuje na bolest břicha, kterou hodnotí číslem 3, podávána analgetika dle ordinace lékaře. Pacientka má ordinovaný klid na lůžku, riziko vzniku dekubitů má (leží na polohovacím lůžku, má antidekubitální matraci). Nesmí nic per os. Pacientka spolupracuje, komunikuje, ale má obavy o svůj život. Na operační sál objednány dvě krevní transfúze. Dále přiloženy vysoké bandáže dolní končetiny a aplikován dle ordinace lékaře Fraxiparin 0,4 ml s. c. à 24 hod. jako prevence komplikací. Po akutním operačním zákroku dne 19. 10. 2013 má pacientka zavedený Redonův drén. Bolest pacientka hodnotí číslem 3 a dle ordinace lékaře podáváme analgetika. Přetrvává klid na lůžku. Invazivní vstupy bez známek infekce. Oběhově stabilní. Rána klidná, bez známek infekce, nekrvácí. Pacientka má narušenou sebepěči v oblasti koupání a hygieny z důvodu klidové terapie po operačním výkonu.

8 Stanovení ošetřovatelských diagnóz dle priorit ke dni 19. 10. 2013

Pro stanovení ošetřovatelských diagnóz pro pacientku byla použita didaktická pomůcka NANDA International, Ošetřovatelské diagnózy: Definice a klasifikace 2012-2014.

1) Prodloužení pooperačního zotavení (00100)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Prodloužení počtu pooperačních dnů potřebných k zahájení a k provádění aktivit, které udržují život, zdraví a well-being (osobní pohodu).

Určující znaky:

- známky narušeného hojení v místě operace (drenáž Redonova)
- ztráta chuti s nauzeou
- bolest
- vyžadování pomoci při sebepěči

Související faktory:

- rozsáhlý chirurgický výkon

- obezita
- bolest
- prodloužený chirurgický výkon

Priorita: střední

2) Porucha polykání (00103)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: anormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu.

Určující znaky:

- regulace žaludečního obsahu

Související faktory:

- výživa sondou

Priorita: střední

3) Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- uvádí nebezpečí
- uvádí obavy
- uvádí strach
- uvádí zvýšené napětí
- **kognitivní** (identifikuje předmět strachu, podnět je vnímán jako ohrožení)
- **fyzilogické** (nauzea, zvracení)

Související faktory:

- oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)

Priorita: střední

4) Deficit sebeděče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- neschopnost dostat se do koupelny
- neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody
- neschopnost umýt si tělo

Související faktory:

- bolest
- slabost

Priorita: střední

5) Deficit sebeděče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebeděče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky:

- neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu

Související faktory:

- překážky v okolním prostředí
- zhoršená pohyblivost
- zhoršená schopnost přemístit se
- bolest

Priorita: střední

6) Riziko infekce (00004) (CŽK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana (porušení kůže – invazivním vstupem CŽK)
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: nízká

7) Riziko vzniku infekce (00004) (PMK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana (porušená kůže – katetrizace PMK)
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: nízká

9 Rozpracované ošetřovatelské diagnózy a plán ošetřovatelské péče 19. 10. - 23. 10. 2013

9.1 Prodloužení pooperačního zotavení (00100)

Prodloužení pooperačního zotavení (00100)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 2: Fyzické poškození

Definice: Prodloužení počtu pooperačních dnů potřebných k zahájení a k provádění aktivit, které udržují život, zdraví a well-being (osobní pohodu).

Určující znaky:

- známky narušeného hojení v místě operace (drenáž Redonova)
- ztráta chuti s nauzeou
- bolest
- vyžadování pomoci při sebepéči

Související faktory:

- rozsáhlý chirurgický výkon
- obezita
- bolest

- prodloužený chirurgický výkon

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má zhojenou operační ránu - do 14 dnů bez větších komplikací (např. zánětu).

Cíl krátkodobý: Pacientka je plně informovaná o oblasti pooperačního zotavování - do 4 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientce se sníží bolest z hodnoty 3 - mírná (na 10 stupňové analogové škály) na hodnotu 1 - do 3 dnů.
- Pacientka má operační ránu bez přítomnosti zánětu - do 3 dnů.
- Pacientka zná vhodnou úlevovou polohu na boku - do 1 hodiny.
- Pacientka maximálně spolupracuje při léčebném režimu - denně.

Plán intervencí: 19. 10. - 23. 10. 2013

1. Proved' důkladné posouzení bolesti včetně lokalizace, charakteru, trvání, nástupu, závažnosti a zhoršujících faktorů - ihned, všeobecná sestra.
2. Urči intenzitu bolesti pomocí hodnotící škály a pouč pacientku o spolupráci při sledování intenzity bolesti, 3x denně a po podání analgetik (Novalgin, Perfalgan) i. v. 0,5 hodiny, dle ordinace lékaře – denně, všeobecná sestra.
3. Ber v úvahu lokalizaci chirurgického zákroku, která může mít vliv na pooperační bolest – vždy při každém kontaktu, všeobecná sestra.
4. Doporuč pacientce úlevovou polohu na boku – do 24 hodin, všeobecná sestra.
5. Podávej léky dle ordinace lékaře a sleduj jejich efekt dle standardu pracoviště (antibiotikum Unasyn 1,5 g. i. v. à 8 hodin, chemoterapeutikum – Metronidazol 500 mg. i. v. à 6 hodin) - denně, všeobecná sestra.
6. Posuď vnímavost pacientky, její chování a fyziologickou odpověď, povšimněte si jeho postoje k bolesti a užívání léků proti bolesti včetně anamnézy abúzu návykových látek – do 24 hodin, všeobecná sestra.
7. Pozoruj neverbální projevy (např. držení těla, výraz v obličeji, chladné prsty na ruku i nohou atd.) a další objektivní příznaky, zda se shodují s verbálními - vždy při bolesti, všeobecná sestra.
8. Sleduj základní fyziologické funkce (TK, P, D), které při akutní bolesti obvykle vykazují změny - dle stavu pacientky, všeobecná sestra.
9. Podávej, sleduj účinky léků (na GIT, nauzeu) dle standardu pracoviště a proved' záznam do lékařské a ošetřovatelské dokumentace (antiemetikum Degan à 6 hod. i. v., antiurcerikum Helicid 3x denně, per os) – denně, dle ordinace lékaře, všeobecná sestra.
10. Sleduj případné změny v operační ráně a odchod sekretu z operační rány pomocí Redonova drénu a proved' záznam do lékařské a ošetřovatelské dokumentace a v případě změny ihned upozorni lékaře- denně à 6 hodin a při obtížích, všeobecná sestra.
11. Asistuj při převazu operační rány aseptickým postupem dle standardu pracoviště, proved' záznam do formuláře (péče o ránu) - denně, všeobecná sestra a lékař.
12. Udržuj okolí rány v suchu a čistotě – denně, všeobecná sestra.
13. Sleduj funkčnost drénu dle standardu pracoviště - při každém kontaktu, všeobecná sestra.

14. Pobízej pacientku k vyjádření pocitů souvisejících s bolestí, vždy, všeobecná sestra.
15. Postarej se o klidné prostředí a uklidňující zaměstnání (např. sledováním televize, poslechem rádia, četbou, luštěním křížovek, hovorem s ostatními, poslouchání hudebních nahrávek, relaxačním cvičením atd.) - denně, všeobecná sestra.
16. Nalezni způsoby, jak se vyhnout bolesti nebo ji omezit na nejmenší možnou míru (např. fixace operační rány během kašle, pevné matrace, správná mechanika těla) – do 2 hodin, všeobecná sestra.
17. Doporučuj pacientce dostatečně odpočívat, aby se zabránilo únavě – vždy, všeobecná sestra.
18. Prober způsoby, jak zmírnit bolest, včetně technik k nimž patří terapeutický dotyk, autohypnóza, relaxační postupy – do 1 dne, všeobecná sestra.
19. Prodiskutuj s blízkými nemocného, jak mohou pomoci včetně zmírnění různých faktorů, které způsobují bolest či zvyšují její intenzitu (např. pečovat o domácnost pacienta v období po břišní operaci) – do 2 dnů, všeobecná sestra.

Realizace: 19. 10. – 23. 10. 2013

Bolest byla důkladně posouzena pomocí speciálního Dotazníku bolesti, pacientka vstřícně spolupracovala. Pacientka po operaci měla akutní bolest intenzity 3 (vyhodnocena podle stupnice 0–10). Intenzita byla pravidelně sledována 3x denně a vždy po podání analgetik, intenzita v průběhu péče nepřekročila tuto intenzitu, postupně klesala až na hodnotu 1, farmakoterapie je efektivní. Pacientka nevyžadovala další analgetickou terapii. Antibiotickou terapii pacientka snášela dobře, bez komplikací.

Operační rána je čistá, bez zarudnutí s mírnou bolestivostí v okolí rány. Redonův drén byl průchodný, odváděl bez komplikací. Přeazy jsou vedeny aseptickým způsobem a prováděn zápis do záznamu Péče o ránu. Třetí den byl drén vytažen dle standardu pracoviště lékařem a proveden záznam do dokumentace. S pacientkou nalezena vhodná úlevová poloha na boku. Pacientka vyhledávala především klidné prostředí, četla a luštila křížovky. Rodina při terapii spolupracovala, dcera jí donesla relaxační hudbu, kterou poslouchala přes sluchátka jen jednou. Často odpočívala, přes den pospávala, spala celou noc, probouzela se kolem 6 hodiny ranní. Blízcí jsou seznámeni s nutností pomoci v domácnosti po propuštění.

Hodnocení: 23. 10. 2013

Cíle splněny částečně. Pacientka ještě nemá úplně zhojenou operační ránu, která je klidná, dobře se hojí, stehy zatím ponechány. Strategie zvládnutí bolesti je efektivní. Pacientka je plně informovaná o oblasti pooperačního zotavování, spolupracuje velice dobře, rodina je informovaná o pooperační péči. Dále pokračují intervence číslo 2, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15, 16 a 17.

9.2 Porucha polykání (00103)

Porucha polykání (00103)

Doména 2: Výživa

Třída 1: Příjem potravy

Definice: anormální funkce polykacího mechanismu spojená s poruchami stavby nebo funkce ústní dutiny, nosohltanu nebo jícnu.

Určující znaky:

- regulace žaludečního obsahu

Související faktory:

- výživa sondou

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka má regulovaný žaludeční obsah - do konce hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka nemá porušenou sliznici v dutině ústní - denně.

Očekávané výsledky:

- Pacientka má odvedený žaludeční obsah à 1 hodinu.
- Pacientka nemá poškozenou sliznici v dutině ústní à 1 hodinu.
- Pacientka má adekvátní hydrataci à 6 hodin.
- Pacientka má normální kožní turgor à 6 hodin.

Intervence: 19. 10. - 23. 10. 2013

1. Edukuj pacienta o specifikách péče o NG sondu a proved' zápis do edukační dokumentace – do 2 hodin, všeobecná sestra.
2. Kontroluj správnost zavedení nazogastrické sondy dle standardu pracoviště - dle potřeby, všeobecná sestra.
3. Sleduj množství, charakter odpadu z nazogastrické sondy, proved' zápis do lékařské a ošetrovatelské dokumentace – à 6 hodin, všeobecná sestra.
4. Polohuj nazogastrickou sondu dle standardu pracoviště – à 12 hodin, všeobecná sestra.
5. Zajisti konzultaci s nutričním terapeutem – do 2 dnů, všeobecná sestra.
6. Kontroluj dutinu ústní, zda není porušená celistvost sliznice - à 6 hodin, všeobecná sestra.
7. Sleduj tělesnou hmotnost, hydrataci pacientky, proved' záznam do ošetrovatelské a lékařské dokumentace - à 6 hodin, všeobecná sestra.

Realizace: 19. 10. - 23. 10. 2013

Pacientka má zavedenou nazogastrickou sondu, výkon byl realizován dle standardu pracoviště. Sonda (dle výběru velikosti lékařem) byla před výkonem uložena v lednici (pro lepší pevnost materiálu při zavedení). Znečitlivující gel (pacientka na něj není alergická), který byl před zavedením nanesen na sondu, umožnil lepší a bezbolestné zavedení NG sondy. Pacientka s výkonem souhlasila na základě edukačního rozhovoru s lékařem. Zároveň byla poučena o zásadách péče o NG sondu sestrou. Při výkonu pacientka velice dobře spolupracovala. Po zavedení lékařem zkontrolováno uložení sondy (ponořením konce sondy pod hladinu vodní – neprobublávala) a poslechem. Poté odsát žaludeční obsah pomocí výplachové stříkačky Janette a sonda napojena na samospád. Lékař opakovaně zkontroloval bezpečnost uložení a sestra zafixovala NG sondu pacientce k obličeji. Dále byla napojena na uzavřený systém, odváděla bez obtíží žaludeční obsah, což pacientce přineslo mírnou úlevu. Zápis o intervenci byl proveden do lékařské i ošetrovatelské dokumentace. Dle ordinace lékaře sledováno množství odvedeného

žaludečního obsahu. Pacientka uvítala návštěvu nutričního terapeuta. Pacientka nemá porušenou sliznici dutiny ústní, je dostatečně hydratovaná, tělesná hmotnost je stabilní, kožní turgor v normě. V průběhu péče se množství odvedeného žaludečního obsahu postupně snižovalo. Sestra pravidelně kontrolovala bezpečnost uložení sondy a její průchodnost dle standardu pracoviště. Pacientka si postupně na ni zvykla, spolupracovala při každodenní péči. NGS sonda pacientce zatím ponechána, nepřítomny komplikace zavedení.

Hodnocení: 23. 10. 2013

Cíle splněny částečně. Pacientky kožní turgor v normě, je adekvátně hydratovaná. Sliznici dutiny ústní bez poškození. Žaludeční obsah je odváděn NGS sondou bez komplikací, množství obsahu se postupně snižuje. Pacientka si na ní zvykla, z léčebného důvodu je nadále ponechána. Dále pokračují intervence číslo 2, 3, 4, 6 a 7.

9.3 Strach (00148)

Strach (00148)

Doména 9: Zvládání/tolerance zátěže

Třída 2: Reakce na zvládání zátěže

Definice: Reakce na vnímané ohrožení, které je vědomě rozpoznáno jako nebezpečí.

Určující znaky:

- uvádí nebezpečí
- uvádí obavy
- uvádí strach
- uvádí zvýšené napětí
- **kognitivní** (identifikuje předmět strachu, podnět je vnímán jako ohrožení)
- **fyzilogické** (nauzea, zvracení)

Související faktory:

- oddělení od podpůrného systému v potenciálně stresující situaci (hospitalizace, nemocniční procedury)

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka nepociťuje strach - do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka volně hovoří o svých emocích - do 2 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe svůj strach a diskutuje o něm - do 2 hodin.
- Pacientka má dostatek znalostí o svém zdravotním stavu – denně.
- Pacientka nemá pocity zvýšeného napětí - do 1 dne.
- Pacientka zná postup další léčby – denně.

Plán intervencí:

1. Posuď stupeň strachu a reálnost hrozby pociťované pacientkou a proved' záznam do ošetrovatelské dokumentace – do 1 dne, všeobecná sestra.

2. Srovnaj slovní a mimoslovní odpovědi a posuď, zda se shodují a zda nedochází k mylnému pohledu na situace a proved' záznam do lékařské a ošetrovatelské dokumentace - vždy při kontaktu, všeobecná sestra.
3. Buď pacientce na blízku – denně, všeobecná sestra.
4. Naslouchej potřebám pacientky – denně, všeobecná sestra.
5. Poskytni příležitost na otázky pacientky – dle potřeby, všeobecná sestra.
6. Zajisti konzultaci s lékařem v případě potřeby pacientky – do 24 hodin, všeobecná sestra.
7. Zajisti přítomnost rodiny – dle potřeby, všeobecná sestra.
8. Poskytni ústní i písemné informace o léčbě a péči a proved' záznam do edukačního formuláře – do 2 dnů, všeobecná sestra.
9. Vysvětli pacientce potřebné ošetrovatelské intervence, aby byla schopna je pochopit a realizovat – denně, všeobecná sestra.
10. Postarej se o klidné prostředí a uklidňující zaměstnání (např. sledováním televize, poslechem rádia, četbou, luštěním křížovek, hovorem s ostatními, poslouchání hudebních nahrávek, relaxačním cvičením atd.) - denně, všeobecná sestra.

Realizace: 19. 10. – 23. 10. 2013

Pacientka komunikuje o svých pocitech, na návštěvu přišla dcera, která pacientku povzbudila. Po stabilizaci stavu se pacientka cítila lépe a při postupné vertikalizaci se stav zlepšoval. Lékař pravidelně edukoval o plánovaných postupech léčby. Pacientka v případě potřeby vznesla dotaz. Všeobecná sestra edukovala o ošetrovatelských postupech. Pacientka přes den pospávala, odpočívala. Odpoledne četla a luštila křížovky.

Hodnocení: 23. 10. 2013

Cíle splněny částečně. Pacientka chápe důvod hospitalizace a další postupy léčby. Přetrvává mírná obava z onemocnění.

Dále pokračují intervence číslo 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 a 10.

9.4 Deficit sebepéče při koupání (00108)

Deficit sebepéče při koupání (00108)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebestarost

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se koupání.

Určující znaky:

- neschopnost dostat se do koupelny
- neschopnost získat nebo dostat se ke zdroji vody
- neschopnost umýt si tělo

Související faktory:

- bolest
- slabost

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka je maximálně soběstačná v oblasti koupání a hygieny - do 7 dnů.

Cíl krátkodobý: Pacientka je smířena s nutností pomoci ostatních při péči v oblasti koupání a hygieny - do 24 hodin.

Očekávané výsledky:

- Pacientka ví, jak při péči o sebe sama pomáhat při koupání a hygieně - do 12 hodin.
- Pacientka se verbálně podílí na péči o sebe sama v oblasti hygieny a koupání - do 12 hodin.
- Pacientka sděluje své potřeby v oblasti koupání a hygieny ošetřovatelskému týmu - do 12 hodin.
- Pacientka má při koupání a hygieně dostatek soukromí - do 12 hodin.

Ošetřovatelské intervence:

1. Zhodnot' pacientky soběstačnost dle Bartelové skóre základních všedních činností - do šesti hodin a dále 1x denně, všeobecná sestra.
2. Zhodnot' pacientky psychický stav při péči o ni - do 6 hodin, všeobecná sestra.
3. Dej pacientce dostatek času k vyjádření svých názorů a připomínek k péči o sebe sama v oblasti koupání a hygieny - při každé asistenci, ošetřovatelský tým.
4. Vybuduj si u pacientky dostatečnou důvěru - do 12 hodin, ošetřovatelský tým.
5. Při úkonech osobní péče v oblasti hygieny a koupání zajisti pacientce dostatek soukromí – vždy, ošetřovatelský tým.
6. Předávej spolupracovníkům ošetřovatelského týmu připomínky a přání pacientky – vždy, všeobecná sestra.
7. Spolupracuj při péči o pacientku s její rodinou – denně, všeobecná sestra.
8. Spolupracuj s fyzioterapeutem při aktivizaci pacientky a používání chodítka - od 3 dne po operaci, vždy, všeobecná sestra.

Realizace: 19. 10. - 23. 10. 2013

Pacientku jsme zhodnotili podle Barthelové testu základních všedních činností, při příjmu dosáhla hodnota testu 25 bodů – vysoce závislá pacientka, postupně hodnota stoupla na 50 bodů - závislost středního stupně. První den hospitalizace byla pacientka bez rizika pádu (Rizika vzniku pádu 20 bodů), hodnota zůstala konstantní. Pacientka byla při příjmu ohrožena rizikem vzniku dekubitů (24 bodů – riziko), hodnota postupně stoupala na hodnotu 30 - bez rizika. Pacientka je soběstačná v rámci lůžka, dle ordinace lékaře má klid na lůžku první dva dny po operaci. V lůžku má antidekubitální matraci. Při celkové hygieně potřebovala plnou dopomoc, oblečená je v nemocničním prádle, které jí vyhovuje.

Třetí den po operaci je zahájena fyzioterapie s cílem aktivizovat pacientku, zvyšovat její soběstačnost a provádět dechovou rehabilitaci. Pacientka fyzioterapeuta vítá s nadšením, velice usilovně spolupracuje při nácviu vstávání z lůžka s držením operační rány. Pacientka poučena o cvičení i při nepřítomnosti fyzioterapeuta. Dcera se zapojila do péče a promazává pokožku krémem.

Čtvrtý den si pacientka s dopomocí dojde na toaletu a hygienickou péči provádí s mírnou dopomocí všeobecné sestry. Pacientka spolupracuje vždy. Cítí se daleko lépe, že není už zcela závislá na okolí.

Hodnocení: 23. 10. 2013

Cíle splněny částečně. Pacientka je už částečně soběstačná v oblasti koupání a hygieny. Celkově je méně závislá na pomoci druhých, hygienu provádí s mírnou pomocí sestry. Pohybuje se pomocí chodítka za doprovodu ošetrovatelského personálu, je velice opatrná. Pacientka spolupracuje a cítí se lépe. Těší se do domácího prostředí, dcera je ochotná jí pomáhat v domácnosti. Dále pokračují intervence číslo 1, 3, 5, 6, 7 a 8.

9.5 Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Deficit sebepéče při vyprazdňování (00110)

Doména 4: Aktivita/odpočinek

Třída 5: Sebepéče

Definice: Zhoršená schopnost samostatně provést nebo dokončit aktivity týkající se vyprazdňování.

Určující znaky:

- neschopnost provést řádnou vyprazdňovací hygienu

Související faktory:

- překážky v okolním prostředí
- zhoršená pohyblivost
- zhoršená schopnost přemístit se
- bolest

Priorita: střední

Cíl dlouhodobý: Pacientka se pravidelně (à 2 dny) vyprazdňuje - do 1 týdne.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná zásady, které je nutné dodržovat pro zlepšení vyprazdňování - do 5 dnů.

Očekávané výsledky:

- Pacientka chápe nutnost asistence při vyprazdňování - do jednoho dne.
- Pacientka konzumuje potraviny podporující peristaltiku střev, až jí to bude doporučeno lékařem – do 3 dnů.
- Pacientka má při vyprazdňování dostatek soukromí - vždy.
- Pacientka se stravuje 4x denně po malých dávkách, až jí to bude doporučeno lékařem - do 3 dnů.

Ošetrovatelské intervence:

1. Zajisti při vyprazdňování na lůžku (pomocí podložní mísy) dostatek soukromí a využij závěsy oddělující lůžka – vždy, všeobecná sestra.
2. Sleduj množství, barvu, konzistenci, příměsi, zápach stolice a moče prováděj pravidelný záznam – denně, všeobecná sestra.
3. Proveď pacientce po vyprázdnění důkladnou hygienu – vždy, všeobecná sestra.
4. Informuj o oblasti defekace rodinu – denně, všeobecná sestra.
5. Edukuj pacientku v oblasti výživy - do dvou hodin, všeobecná sestra.
6. Dbej na dostatečný příjem tekutin (2 litry) během dne a proveď záznam o příjmu a výdeji tekutin během 24 hodin - denně, všeobecná sestra.

Realizace 19. 10. – 23. 10. 2013

Pacientka si stěžuje na problémy s defekací, doma měla černou dehtovitou stolicí (melénu). Nedochozí k pravidelnému vyprazdňování, pacientka se cítí nadmutá. Pacientka je poučena o nutnosti dodržovat správné defekační návyky. Pacientce je doporučeno vyprazdňovat se pravidelně. K vyprazdňování by mělo docházet ve stejnou denní dobu. Pacientka je v soukromí ponechána na pokoji při vyprazdňování za použití podložní mísy. Pacientka se vyprázdnila druhý den, poté byla umyta. Na noc je pacientce ponechána na lůžku podložka, kvůli možnému nekontrolovanému odchodu stolice. Od třetího dne pacientka aktivizována, při doprovodu sestry si za použití chodítka došla na toaletu. Byla velmi ráda, že je už daleko více soběstačná v oblasti vyprazdňování. Nutriční terapeut poučil pacientku o zásadách a nutnosti dietních opatření v budoucnosti a ohledem na závažnost onemocnění, pacientka při edukaci spolupracovala.

Hodnocení: 23. 10. 2013

Cíle splněny částečně. Za dobu pobytu se pacientka vyprázdnila bez nutnosti dalších ošetrovatelských intervencí. Pacientka spolupracuje, má dostatek potřebných znalostí.

Dále pokračují intervence číslo 2, 3, 5 a 6.

9.6 Riziko infekce (00004) (CŽK)

Riziko infekce (00004) (CŽK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana (porušení kůže – invazivním vstupem CŽK)
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka si udrží místo zavedení centrálního žilního katétru bez známek infekce - po dobu hospitalizace.

Cíl krátkodobý: Pacientka si osvojí způsoby jak předcházet vzniku infekce v místě zavedení (v. subclavia) centrálního žilního katétru - do 1 dne.

Očekávané výsledky:

1. Pacientka je informována o způsobech jak předcházet vzniku infekce CŽK - do 5 hodin.
2. Pacientka chápe rizikové faktory vzniku infekce CŽK - do 4 hodin.
3. Pacientka se snaží předcházet vzniku infekce CŽK - denně.

Intervence:

1. Při ošetřování centrálního žilního katétru dle standardu pracoviště dodržuj vždy aseptický přístup – denně, všeobecná sestra.
2. Všiměj si rizikových faktorů vzniku infekce – denně, všeobecná sestra.
3. Kontroluj průchodnost centrálního žilního katétru a jeho okolí dle standardu pracoviště – denně, všeobecná sestra.
4. Informuj pacientku o riziku a známkách infekce - do 1 dne, všeobecná sestra.

5. Kontroluj kůži v místě zavedení centrálního žilního katétru – denně, všeobecná sestra.
6. Prováděj záznam do ošetrovatelské a lékařské dokumentace o stavu CŽK dle standardu pracoviště – denně, všeobecná sestra.
7. Podávej infuzní terapii dle ordinace lékaře – denně, všeobecná sestra.

Realizace: 19. 10. - 23. 10. 2013

Při ošetřování centrálního žilního katétru byl vždy dodržován aseptický přístup. Pravidelně se kontrovala průchodnost centrálního žilního katétru a místo vpichu dle standardu pracoviště. Místo zavedení centrálního žilního katétru je bez známek infekce. Pacientka je informována o rizicích vzniku infekce.

Hodnocení: 23. 10. 2013

Cíle splněny částečně. Pacientka má místo zavedení bez známek infekce a CŽK je ošetřován dle standardu pracoviště. Pacientka je plně informovaná o zásadách péče o CŽK.

Dále pokračují intervence číslo 1, 2, 3, 5, 6 a 7.

9.7 Riziko vzniku infekce (00004) (PMK)

Riziko vzniku infekce (00004) (PMK)

Doména 11: Bezpečnost/ochrana

Třída 1: Infekce

Definice: Zvýšené riziko napadení patogenními organizmy.

Rizikové faktory:

- nedostatečná primární obrana (porušená kůže – katetrizace PMK)
- prostředí se zvýšeným výskytem patogenů

Priorita: nízká

Cíl dlouhodobý: Pacientka nemá infekci - po dobu zavedení PMK.

Cíl krátkodobý: Pacientka zná péči o PMK - do jednoho dne.

Očekávané výsledky:

- Pacientka rozpozná příznaky infekce močových cest - do dvou hodin.
- Pacientka ví, jak často PMK měnit - do jednoho dne.
- Pacientka dodržuje dostatečnou hygienu v oblasti genitálu - denně.
- Pacientka přijme cca 2 litry tekutin (dle doporučení lékaře s ohledem na infuzní terapii) - denně.

Ošetrovatelské intervence:

1. Edukuj pacientku o nutnosti zavedení a výhod PMK - do jedné hodiny, všeobecná sestra.
2. Edukuj pacientku v péči o PMK – do jedné hodiny, všeobecná sestra.
3. Zajisti při výměně katétru a močového sáčku soukromí – vždy, všeobecná sestra.
4. Připrav si vhodné pomůcky k výkonu – do jedné hodiny, všeobecná sestra.
5. Použij při výkonu sterilní ochranné rukavice – vždy, všeobecná sestra.
6. Přistupuj k výkonu a péči o PMK asepticky a dle standardu pracoviště – vždy, všeobecná sestra.

7. Pravidelně vyměňuj močový sáček dle standardu pracoviště - à 24 hodin, všeobecná sestra.
8. Sleduj barvu a zápach moče - při vylévání močového sáčku, denně, všeobecná sestra.
9. Dbej na hygienu okolí močového katétru - dvakrát denně a v případě potřeby, všeobecná sestra.

Realizace: 19. 10. - 23. 10. 2013

Pacientka má od prvního dne hospitalizace zavedený PMK č. 16. Zavedení PMK provedla sestra dle standardu pracoviště. V průběhu intervence bylo zajištěno soukromí pacientce – závěsy mezi lůžky. Po nafouknutí balónku a připojení močového sáčku – začala proudit jantarově žlutá moč. Pacientce odchází moč kontinuálně. Denní výdej moči je stabilní okolo 2000 ml. Příjem a výdej tekutin v průběhu hospitalizace vyrovnaný, denně zaznamenáván do lékařské a ošetrovatelské dokumentace.

Při vypouštění močového sáčku (à 12 hodin) je sledována barva moči, koncentrace a zápach moči. Pacientka je edukovaná o příznacích infekce močových cest. Pacientka a ošetrovatelský personál dbá o důkladnou hygienu v okolí močového katétru - vždy. Močový sáček je vyměňován dle standardu pracoviště à 24 hodin. Pacientka nemá příznaky komplikací z důvodu zavedení PMK.

Hodnocení: 23. 10. 2013

Cíle splněny částečně. Pacienta nemá žádné obtíže spojené se zavedením PMK. Pacient ví, jak o PMK pečovat.

Dále pokračují intervence číslo 7, 8 a 9.

10 Závěrečné zhodnocení

V průběhu hospitalizace na chirurgickém oddělení jednotky intenzivní péče se pacientky stav po lékařské a ošetrovatelské stránce zlepšil. Pacientka je seznámena se svým onemocněním a následnou léčbou. Naplánovaná ošetrovatelská péče byla efektivní, všechny ošetrovatelské problémy pacientky se zmírnily, efekt péče je částečný – vybrané intervence musejí pokračovat. Pacientka po celou dobu péče od 19. 10. - 23. 10. 2013 spolupracovala, komunikovala. Po dvou dnech zahájila cvičení s fyzioterapeutem na lůžku, které bylo účinné a pacientka i později chodila s dopomocí chodítka a personálu na toaletu. Pravidelně docházela dcera, která se zapojila do ošetrovatelského procesu. Pacientka měla obavy o svůj zdravotní stav a během léčby se psychický stav zlepšil. Pacientka se snaží být v rámci možností částečně soběstačná, potřebuje však nadále dopomoc. Během hospitalizace byly opakovaně edukované pacientka i dcera. Rámcově očekává překlad na standardní chirurgické oddělení.



Evropský sociální fond
Praha & EU: Investujeme do vaší budoucnosti

Tento materiál je výstupem z projektu Modernizace obsahu a struktury vzdělávání v odborných ošetrovatelských předmětech, registrační číslo: CZ.2.17/3.1.00/36048, který realizuje Vysoká škola zdravotnická, o. p. s., Praha 5, Duškova 7, 150 00.

Projekt byl podpořen v rámci operačního programu OPPA (Operační program Praha - Adaptabilita, <http://www.prahafondy.eu/cz/oppa.html>), který je spolufinancován ESF (Evropský sociální fond, <http://www.esfcr.cz/>)